

良反应,万古霉素可引起肾功能减退等。因此,建议临床医师在给予抗菌药物治疗后应及时复查肾功能(一般为 7d),特别是对于高龄的 COPD 患者,其肾功能呈生理性减退,及时监测防止严重药物损害事件的发生,确保用药安全。

3.3 抗菌药物使用合理性分析 ①抗菌药物品种选择合理性: COPD 住院患者(有感染指征的)在等待培养结果时即应开始经验性抗菌治疗。抗菌药物推荐应用^[3,6]:青霉素、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂、大环内酯类、第一代或第二代头孢菌素、喹诺酮类等;而对重度、疑有铜绿假单胞菌感染者,可以应用抗铜绿假单胞菌的 β -内酰胺类,不加或加用酶抑制剂、碳青霉烯类等,同时可加用氨基糖苷类及喹诺酮类抗菌药物。本调查中使用抗菌药物的 76 例患者均有用药指征。在抗菌药物品种选择上,临床能按照指南的建议选择抗菌药物。联合用药中,最常见的联用方式为 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂或碳青霉烯类联合喹诺酮类药物、大环内酯类药物。 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂或碳青霉烯类抗菌谱广,杀菌作用强;喹诺酮类、大环内酯类药物,不仅能覆盖非典型致病菌作用,同时能透过细菌被膜,增加抗菌药物对铜绿假单胞菌的抗菌作用。此次调查中,部分 COPD 住院患者住院次数较频繁,且具有近期广谱抗菌药物用药史,具有铜绿假单胞菌感染的高危因素,故对该类患者临床选择联合使用抗菌药物,联合用药协同抗菌,提高感染治愈率。②抗菌药物给药途径合理性: 76 例给予抗菌药物治疗患者,静脉给药占 93.4%。抗菌药物静脉给药比例偏高。临床应根据患者疾病的严重程度和临床状况是否稳定选择使用口服或静脉用药。轻症患者、可胃肠进食者首选口服给药,重症患者可选择静脉给药。静脉用药 3 天以上,如症状明显改善后,可改用同类或抗菌谱相近、或病原菌敏感的口制剂进行序贯治疗。③抗菌药物用量与频次合理性: 抗菌药物在给药剂量与给药频次上基本合理。仅存在某些不合理现象:肝功能不全($AST/ALT \geq 3$ 倍上限)患者使用头孢哌酮-舒巴坦及肾功能不全者(肌酐清除率

低于 $50\text{ mL} \cdot \text{min}^{-1}$)者使用左氧氟沙星注射液均未按说明书要求进行相应减量,存在剂量偏大的问题,可能引起肝肾功能损害进一步加重。同时调查发现,氟康唑未使用首剂负荷剂量,首剂用量不足,导致药物有效治疗浓度到达时间延迟,引起病菌快速繁殖,从而延误疾病治疗同时也可能引起细菌耐药性的产生。④抗菌药物疗程合理性: COPD 患者住院治疗推荐的抗菌药物疗程为 5~10d^[3]。本次调查结果发现,抗菌药物的累计使用时间平均为 13d,抗菌药物疗程偏长;这与 COPD 住院期间合并肺部感染治疗疗程有关。大部分患者均用药至出院,存在抗菌药物的累计使用时间长于住院时间的现象,临床应引起注意。

本次调查一定程度上反映了某三甲医院呼吸内科 COPD 住院患者抗菌药物的用药结构和水平。通过数据和病例,发现抗菌药物使用中存在的某些不合理现象。作为临床药师,可以通过对抗菌药物的品种选择,药物剂量和疗程进行数据分析,为临床在抗菌药物使用方面提供信息。促进临床有效、安全和经济地使用抗菌药物。

参考文献

- (1)葛均波,徐永健.内科学(M).北京:人民卫生出版社,2014:21.
- (2)中华人民共和国卫生部.慢性阻塞性肺病诊疗规范(2011年版)(J).中国医学前沿杂志,2012,4(1):69-75.
- (3)中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺病学组.慢性阻塞性肺病诊治指南(2013年修订版)(J).中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- (4)Sethi S, Murphy TF. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease (J). N Engl J Med, 2008, 359: 2355-2365.
- (5)杨明. COPD 急性加重期临床治疗探讨 (J). 中国医药指南, 2009, 7(8): 293-294.
- (6)中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南 (J). 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.

门诊抗菌药处方调查及合理性分析

王华苏 柯金珍(厦门大学附属第一医院药学部 厦门 361003)

摘要:采用回顾性分析法,分层随机抽取 2014 年 1 月 1 日~12 月 31 日使用抗菌药物的处方 3600 张,统计抗菌药应用品种、用药频度、联合用药、使用方法,并对抗菌药处方进行合理性分析。口服给药的处方占 87.72%,注射给药处方占 12.28%;单品种用药占 83.67%,联合用药占 16.33%;抗菌药处方合格率为 95.08%。

关键词:门诊处方;抗菌药;合理性

中图分类号:R927.3 文献标识码:B 文章编号:1006-3765(2015)-10-04149-0246-02

我院是综合性三甲医院,经过这几年抗菌药专项整治,我院抗菌药使用情况及合理性如何,笔者对此进行调查研究,统计分析抗菌药物应用情况及合理性,并提出对策,以期为指导临床应用抗菌药物提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源 2014 年门诊使用抗菌药的处方。

1.2 方法 使用逸曜合理用药软件系统,分层随机抽取 2014 年 1 月 1 日~12 月 31 日使用抗菌药物的处方 3600 张,分别进行归类,统计各类别口服和注射用抗菌药物的品种数,使用次数和频度,进行排序,单用和联用抗菌药的处方数及比

例,并对处方进行逐一点评,同时归类分析不合理处方。

1.3 分析依据 ①《处方管理办法》;②《医院处方点评管理规范》(28号文);③《临床用药须知》;④《新编药理学》第17版^[1];⑤《抗菌药物临床应用指导原则》;⑥国家药品监督管理部门批准的药品说明书。

2 结果

2.1 抗菌药给药途径 样本处方量 3600 张,其中选择口服给药的处方共有 2800 例次,占 87.72%,注射给药 392 例次,

表 1 抗菌药使用频率分别情况

药物 1	头孢菌素类	喹诺酮类	大环内酯类	林可霉素类	青霉素类	硝基咪唑类	氨基糖苷类	其他
口服应用次数	1183	672	487	376	354	242	0	46
占口服用药比例(%)	35.21	20.00	14.49	11.10	10.54	7.20	0	1.37
注射应用次数	218	89	29	31	28	56	12	7
占注射用药比例(%)	46.47	18.93	6.17	6.56	5.96	12	2.55	1.49
应用次数	1401	761	516	407	382	298	12	53
占抗菌药品比例(%)	36.58	19.87	13.47	10.63	9.97	7.78	0.31	1.38

2.4 不合格抗菌药处方分布 (见表 2)。

表 2 不合理处方类型汇总

不合理处方	不合理处方类型	处方张数	所占比例/%
不规范处方	临床诊断书写不全	12	0.33
	单张处方超 5 种药品	32	0.88
用药不适宜处方	适应症不适宜	18	0.50
	叠选药品不适宜	13	0.36
	给药途径不适宜	8	0.22
	用法用量不适宜	23	0.64
	重复用药	12	0.33
	联合用药不适宜	9	0.25
	治疗不规范	22	0.61
超常处方	无适应症	16	0.44
	药理作用相同	12	0.33
合计	177	4.92	

3 分析

3.1 在门诊抗菌药处方中,注射用抗菌药物占总抗菌药物使用的 12.28%,使用较合理,因门诊病人主要为轻、中度感染患者,临床多建议以口服抗菌药物为主,能口服的尽量给予口服,或采用序贯疗法^[2],可减轻不良反应和耐药性。多数抗菌药的使用方式采用单种给药,联合用药较少。出现联合使用抗菌药情况,主要集中在儿科、消耗内科和普外科,分布病种为肺部感染、幽门螺旋菌感染和急性阑尾炎。

3.2 由表 1 数据可知,我院门诊抗菌药使用频率以头孢菌素类最高,占 36.58%,其次是喹诺酮类和大环内酯类,这两类药品均明显较头孢菌素类低,分别为 19.87% 和 13.47%,林可霉素类和青霉素类已退居第四位和第五位,两者使用频率比较接近,分别为 10.63% 与 9.97%。以上情况显示,我院门诊抗菌药使用比较合理,符合卫生部颁布的《抗菌药物临床应用原则》,探究我院门诊抗菌药使用发布状况,首先是医院进行抗菌药专项整治的成果,其次是人们对抗菌药使用的认识水平的提高。

3.3 为进一步提高我院处方合格率,我们提出几点措施:①改进门诊不规范处方的质量:我院于 2010 年开始实施无纸化

占 12.28%。抗菌药处方合格率为 95.08%。

2.2 抗菌药使用方式 单品种用药占 83.67%,联合用药占 16.33%。

2.3 抗菌药使用发布 口服给药排序前 5 名的抗菌药依次为头孢拉定胶囊、头孢泊肟酯片、克林霉素胶囊、头孢克肟胶囊、环丙沙星片;注射给药排序前 5 名的抗菌药依次为头孢唑啉、左氧氟沙星、头孢曲松钠、青霉素、氟罗沙星(见表 1)。

处方,即处方电子化,大大提升门诊处方的质量。目前,在抽查的门诊不规范处方中,较为突出的问题有两个:临床诊断书写不全和单张处方超 5 种药品。临床诊断书写不规范,占处方比例 0.33%,该类处方在药师的审核把关下已明显减少,但仍然是造成不规范处方的主要问题之一。故我们提醒医生在诊疗时应及时添加诊断,使临床诊断规范化,可避免由此引起的医疗纠纷。单张门诊急诊处方超过 5 种药品,占处方比例 0.88%,主要集中在儿科。因为处方用药品种越多,发生 ADR 的几率越高,所以建议处方用药品种数从简为好,特别是对于儿科的用药。②减少用药不适宜处方:本次调查,不合格处方共 177 张,占处方比例 4.92%,主要的问题集中在以下 4 个方面:第一,适应症不适宜;第二,迭选药品不适宜,包括使用抗菌药级别过高和选药不适宜;第三,药品用法不适宜;第四,重复用药。适应症不适宜主要指无抗菌药使用指针处方,例如诊断为上感、过敏性皮炎、肠病毒感染、慢性关节炎、单纯疱疹、过敏性鼻炎等;迭选药品不适宜处方,例如诊断为化脓性扁桃体炎的病人使用三代头孢、头孢曲松、头孢哌酮等。针对现状,我院药师定期与存在问题的科室或医生进行沟通,将信息及时反馈到临床,通过药师处方审核干预,多数问题处方得到修正,使出门差错得到遏制,从而有力地提升处方合格率。③提升医师合理应用抗菌药物水平:加大对医务人员合理应用抗菌药物的培训力度,可通过岗前培训、开办学习班、举办讲座等形式,进行合理用药宣教,不断更新抗菌药物合理应用相关知识,提升用药水平^[3]。或者组织医师进行定期学习并予以考核,使其完全掌握各类抗菌药物的适用情况及应用方法等内容,坚决杜绝药物滥用、不合理应用等现象的出现。

参考文献

- (1)陈新谦,金有豫,汤光主编.新编药理学(M).第 17 版.北京:人民卫生出版社 2011.
- (2)邵伟,邓伟吾.肺部细菌感染的抗菌药物序贯治疗(J).新医学,1999,30(2):102.
- (3)陈艳秋.门诊抗菌药不合理使用的调查分析及应对对策探讨(J).中外医学研究 2014,12(20).